Washington State Department of Social & Health Services

INFORME DE EDUCACIÓN, EMPLEO Y SALUD

STATEMENT OF EDUCATION, EMPLOYMENT, AND HEALTH

OFFICE USE ONLY (PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA)

A. INFORMACIÓN DEL CLIENTE

NOMBRE DEL CLIENTE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
☐ Masculino ☐ Femenino		

Ha usted solicitado o recibido alguno de los siguientes:

☐ Compensación por Accidente de Trabajo/Labor e Industrias
☐ Pensión de Incapacidad del Seguro Social o SSI
☐ Compensación por Desempleo
☐ Beneficios de Veteranos (VA)

B. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

1. ¿Cuál es su idioma principal? _____
2. Anote el grado más alto cursado en la escuela primaria o secundaria: _____ ¿GED? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Asistió usted a clases de educación especial? ☐ Sí ☐ No
4. Educación o capacitación laboral adicional, tal como universidad, escuela comercial, capacitación vocacional en el trabajo:

TIPO DE CAPACITACIÓN	FECHAS EN LAS QUE ASISTIÓ	COMPLETÓ		CERTIFICADO, LICENCIA O TÍTULO Y AÑO EN QUE SE OBTUVO
		Sí	No	

C. HISTORIAL DE TRABAJO

1. ¿Qué considera usted que es su ocupación acostumbrada? _____
2. Anote sus últimos tres (3) trabajos, comenzando con el más reciente.

ANOTE LAS TAREAS EN SU PUESTO	HORAS POR SEMANA	MES Y AÑO		¿PORQUÉ TERMINÓ EL TRABAJO?
		INICIO	FIN	

3. ¿Qué otro tipo de trabajo ha desempeñado usted en los últimos cinco (5) años? _____

4. ¿Qué aptitudes de trabajo tiene? Incluya todo pasatiempo como costura, carpintería, reparación de automóviles.

5. ¿Qué le impide trabajar en este momento? _____

6. ¿Qué tipo de ayuda o servicios necesita usted para poder volver a trabajar? _____

D. INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD

OFFICE USE ONLY (PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA)

TRATADO POR (PROBLEMA DE SALUD)	TRATADO POR (DOCTOR U HOSPITAL)	ÚLTIMA VEZ QUE SE LE VIO

SI ALGUNA PERSONA TRADUJO O LE AYUDÓ A LLENAR ESTE FORMULARIO, ANOTE AQUÍ SU NOMBRE Y EL PARENTESCO QUE TIENE CON USTED

Declaro bajo pena de perjurio que la información que he dado en este Informe de Educación, Empleo y Salud es veraz, correcta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que el Departamento de Servicios Sociales y de Salud podría requerir pruebas de mis declaraciones.

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA

E. OFFICE USE ONLY (PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA)

1. Physical/mental health observations, including unusual features or characteristics: _____

2. Barriers to employment or other job services: _____

3. Substance abuse history: _____

4. Use of other service agencies; e.g., Division of Vocational Rehabilitation, Employment Security: _____

5. Use of support services, e.g., housing, food bank, transportation, family or friends, churches: _____

WORKER'S NAME	INTERVIEW DATE